N.° 105.

ESSAI
SUR LE MAL VERTÉBRAL
DE POTT.

TRIBUT ACADEMIQUE

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE AOUT 1835;

Par François-Alexandre Léon,
d'Aix (Bouches du Rhône),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Principiis obsta sero medicina paratur.
Ovide.



A MONTPELLIER,
De l'Imprimerie de X. JULLIEN, Marché aux Fleurs, n° 2.

1835.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Respect, Amour et Reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR,

Amitié inaltérable.

A. LÉON.



ESSAI

SUR

LE MAL VERTÉBRAL DE POTT.

On avait autrefois des notions fort obscures sur la maladie qui va faire le sujet de cette Dissertation. Ce ne fût que vers le milieu du siècle dernier que Pott, dans un Mémoire intitulé: *De la paralysie des membres inférieurs, souvent accompagnée de la courbure de l'épine qui est supposée en être la cause*, en donna le premier une description assez exacte, et qui plus est, posa les bases d'un traitement, qui a été depuis confirmé par l'expérience. Après le travail du chirurgien anglais, il restait peu à dire sur la nature de cette maladie qui depuis porta son nom, et l'on voit qu'il ne lui manquait que l'expression technique pour communiquer le fruit de ses recherches. Et certes, si l'anatomie pathologique eût atteint de son temps le degré de perfection auquel elle est parvenue aujourd'hui, si les travaux de Laennec et de quelques modernes sur la phthisie pulmonaire et sur les tubercules eussent été connus de son temps, il

n'est pas douteux qu'il n'eut laissé que peu à faire à ceux qui sont venus après lui. En effet, si dans le cours de son ouvrage il se sert du mot de *carie* pour désigner la suppuration et la destruction du corps des vertèbres, on voit qu'il rectifie dans plusieurs passages son erreur et qu'il regarde cette affection comme de nature scrophuleuse. Ce n'est pas tout, il a reconnu que la maladie pouvait avoir lieu dans l'intérieur du canal vertébral et produire la paralysie sans difformité. Il montra à cet effet au Collége des chirurgiens à Londres, des tumeurs scrophuleuses développées dans le tissu même de la moelle épinière, donnant lieu à la paralysie sans difformité.

Les chirurgiens qui l'ont suivi et qui ont écrit sur cette maladie, se sont servis comme lui du mot de *carie*, mais ont confondu ces deux affections. Chaque auteur répétant servilement ce que son prédécesseur avait dit, cette erreur s'est perpétuée jusqu'à nous, et dans l'excellent ouvrage de Boyer, on la retrouve encore. D'après cet auteur, la seule différence qui existe entre le mal de Pott et la carie des vertèbres, c'est que dans le dernier cas la carie est superficielle, tandis que dans l'autre elle est profonde. Enfin Delpech, après avoir attiré l'attention du monde médical sur l'existence des tubercules dans les os, a démontré que les symptômes du mal de Pott n'étaient que les résultats des effets destructeurs qu'ils opèrent sur le corps des vertèbres et sur la moelle épinière. Adoptant sur ce sujet les idées de mon ancien maître, je vais essayer d'en faire la matière de mon dernier acte probatoire; espérant que mes Juges voudront bien m'accorder pour ce faible travail, la même indulgence et la même bonté qu'ils m'ont déja montré dans les épreuves précédentes.

Cette maladie est caractérisée ordinairement par une saillie anguleuse du rachis, due au redressement d'une ou plusieurs apophyses épineuses des vertèbres, par la paralysie des membres inférieurs et par la présence d'abcès par congestion. Pour l'examiner dans tout son ensemble, je traiterai successivement de ses causes, de ses symptômes, des altérations pathologiques qu'elle présente; je la mettrai ensuite en parallèle avec les maladies qu'on peut confondre avec elle; je passerai ensuite à son diagnostic, puis au pronostic qu'on peut en tirer, et enfin au traitement qu'on doit lui opposer.

CAUSES.

Cette maladie peut attaquer les deux sexes et tous les âges, mais principalement les enfans et les adolescens. Quoiqu'on l'observe plus rarement chez les adultes et les vieillards, ainsi que le font remarquer les auteurs, je crois qu'on a un peu trop exagéré ce principe; car, je puis dire que sur le nombre de malades qui en étaient atteints et que j'ai pu observer, je l'ai rencontrée plusieurs fois chez des sujets assez avancés en âge.

Elle frappe surtout les individus lymphathiques, ceux qui sont faibles et maladifs, dont la constitution a été altérée par quelques causes débilitantes, telles qu'une habitation dans des lieux malsains, sombres et humides, l'habitude de se coucher sur la terre, une mauvaise alimentation, des chagrins, des fatigues, des privations de toute espèce.

Elle est encore assez fréquente chez ceux qui sont nés de parens qui ont eu des symptômes scrophuleux. Elle survient presque toujours chez les adolescens, à la suite d'une débilitation générale causée par l'habitude trop commune de l'onanisme ou par les excès de coït; en un mot, on peut lui assigner toutes les causes de la maladie scrophuleuse, dont elle n'est elle-même qu'une forme.

La plupart des auteurs ont rangé parmi ses causes, les coups, les contusions, les chutes sur l'épine, ses mouvemens forcés. Je suis loin de nier que ces lésions soient entièrement étrangères au développement de cette affection; mais je pense qu'elles ne peuvent l'occasioner que chez les sujets en qui la prédisposition existe déjà, et que ces violences n'ont été que causes déterminantes et n'ont fait que faire éclater le mal dans les vertèbres qui contenaient déjà le germe de cette maladie. Bien souvent même ce ne sont que des évènemens fortuits, qui surviennent lorsque la maladie ne fait que de débuter, et qui seulement donnent l'éveil en aggravant tout-à-coup les symptômes. En effet, en interrogeant avec soin les malades qui attribuent leur état à quelque cause extérieure, on apprend souvent qu'ils ont

commencé à être moins fermes sur leurs jambes, et à faire de faux pas avant ces violences auxquelles ils attribuent leur mal. Ainsi, sans nier toujours leur action pour la production de cette maladie, je ne les regarde que comme causes purement occasionnelles, pouvant faire éclater ou exaspérer les symptômes déjà existans.

J'en dirai autant des affections qui exerçent leur influence sur tout l'ensemble de l'économie, telles que la syphilis, le rhumatisme, etc.; elles ne peuvent déterminer les symptômes du mal de Pott, que chez les individus en qui existe déjà le germe de la maladie qu'elles ne font que développer. En un mot, je regarde le vice scrophuleux comme la seule cause essentielle, toutes les autres ne sont que secondaires.

SYMPTOMES.

Il se manifeste d'abord une douleur obtuse et profonde sur un point déterminé de la longueur du rachis; elle présente des alternatives d'exacerbation et de rémission, sans cependant disparaître en entier; elle diminue le jour et augmente la nuit; elle n'est pas aggravée par la pression de la partie correspondante de l'épine : la peau, en cet endroit, ne présente aucun changement; parfois la douleur est tout-à-fait nulle au début. Il survient ensuite un sentiment de lassitude dans les membres qui rend tout exercice fatigant, et produit une sensation de froid dans les jambes qui n'est pas en rapport avec la température : les mouvemens du corps commencent à être génés, a station fatigante, la déambulation embarrassée. Le malade éprouve un sentiment de pesanteur dans les membres abdominaux, un engourdissement passager, des fourmillemens désagréables, et est fatigué durant la nuit par des convulsions et des contractions involontaires. Les cuisses se fixent dans l'adduction, la pointe du pied se dévie en bas et en dedans, les jambes s'embarrassent, leur faiblesse augmente, leur élévation ne se fait plus que d'une manière incomplette; les malades bronchent et tombent sans obstacles sous leurs pas. Bientôt ils ne peuvent plus se tenir debout sans secours étran-

gers, et quand la maladie est parvenue à ce point, il y a d'abord rétention des urines, puis leur excrétion par regorgement, expulsion involontaire des matières fécales ou constipation opiniâtre, enfin paraplégie complette. Il s'y joint ordinairement la perte de la sensibilité plus ou moins prononcée, d'autrefois cependant elle n'est pas diminuée, quelquefois même elle est exaltée.

Pendant la progression de ces symptômes, ou même avant leur apparition, la colonne vertébrale commence à se dévier; elle forme une courbure en avant, et en arrière, une saillie angulaire constituée par l'apophyse épineuse, qui se redresse et proémine sous la peau. La difformité se forme quelquefois d'une manière brusque, mais le plus souvent elle survient d'une mainère progressive; elle est accompagné de phénomènes qui varient suivant la hauteur de l'épine où réside la maladie.

Pendant que la courbure fait des progrès, si la douleur locale n'a pas existé, alors elle s'éveille, ou elle augmente en intensité si elle existait déjà; la peau devient chaude et sèche, le pouls s'accélère surtout le soir, quelques frissons se manifestent par intervalle, les digestions se troublent et le malade s'affaiblit. Après un temps plus ou moins long, depuis la manifestation de ces signes de suppuration interne, on voit paraître aux lombes, au dessous des arcades crurales, dans l'épaisseur de la fesse, aux régions jugulaires, axillaires, etc., suivant la hauteur du siége de la maladie, une tumeur indolore sans changement de couleur à la peau, fluctuante dès son apparition dans toute son étendue. Cette tumeur réductible en partie, s'affaissant un peu dans la position horizontale, devient plus rénitente dans la verticale : on la nomme abcès par congestion, abcès symptômatique, c'est-à-dire paraissant dans un point éloigné du lieu où s'est formé le pus. Abandonnant pour un instant l'énumération des symtomes, qu'il me soit permis en passant de dire un mot sur le mécanisme de la formation de ces sortes d'abcès, dans le cas de lésion organique du rachis, et principalement dans le cas qui nous occupe; car on n'a pas donné jusqu'à présent assez d'attention à la manière dont ils se comportent avant d'apparaître au dehors.

Le pus qui s'est formé par suite de la fonte tuberculeuse se trouve d'abord emprisonné derrière le ligament antérieur ou postérieur, qui décolé lui sert de sac et le retient enfermé. Mais plus tard, soit par suite d'une trop grande distension due à une accumulation trop considérable de ce liquide, soit qu'agissant comme corps étranger, il enflamme le trousseau ligamenteux et l'éraille, il finit par se faire jour à travers ses fibres vers l'endroit où elles sont le plus faibles, et parcourant des traînées celluleuses il vient par son propre poids apparaître au bout d'un temps plus ou moins long sous la peau, dans un point assez éloigné de sa formation. On avait cru jusqu'à présent que le pus descendant par sa propre pesanteur le long d'un trajet celluleux quelconque, venait se faire jour au dehors en affectant dans son trajet une marche bizarre et irrégulière. Dans ces derniers temps, M. Bourgeot-St-Hilaire (1), dayant d'abor démontré que l'appareil ligamenteux du corps des vertèbres est le moins fort sur les côtés autour des trous de conjugaison, a reconnu que le pus formé par une lésion organique du rachis, après avoir soulevé le ligament postérieur ou antérieur des corps vertébraux, suivant le siège du mal, se fait jour du côté des trous de conjugaison : delà il suit le nerf correspondant pour venir aboutir au dehors à l'endroit où arrivent les nerfs principaux du plexus que ce nerf primitif concourt à former. Ainsi, le point où se montre l'abcès, désigne anatomiquement la région où réside la lésion organique du rachis. Cette assertion me paraît assez vraisemblable, et si mon autorité pouvait être de quelque valeur, si quelques faits isolés pouvaient témoigner en sa faveur, je dirai que quatre abcès par congestion, dont trois provenant de la maladie qui nous occupe en ce moment, et l'autre, suite de carie vertébrale que j'ai observés dernièrement, résidaient précisément dans les régions où, d'aprés M. Bourgeot-St-Hilaire, ils devaient se manifester à cause du siége de la lésion.

La connaissance de ces faits qui peut être très utile dans d'autres lésions organiques, ne l'est pas autant dans le cas qui nous occupe,

(1) Memoire sur les abcès symptomatiques, qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis.

puisque la difformité du rachis démontre assez évidemment le siége de la maladie, et par conséquent le lieu où on doit appliquer les remèdes pour la combattre.

Si on livre cette sorte d'abcès aux seuls efforts de la nature, la peau devient ordinairement rouge, s'amincit graduellement, et finit par donner issue à la matière purulente. Cette matière est séro-purulente, inodore, entremêlée de flocons blanchâtres, albumineux, caséiformes, vrais débris de tubercules scrophuleux. L'écoulement de pus soulage d'abord le malade; mais quelque tems après les douleurs deviennent de plus en plus vives; la pénétration de l'air dans le foyer rend le pus fétide et âcre; tous les soirs la fièvre s'allume avec des exacerbations, le malade tombe dans un amaigrissement rapide et perd le sommeil, la diarrhée colliquative survient. Les parties molles qui correspondent aux saillies osseuses, sur lesquelles repose le poids du corps, s'ulcèrent et se gangrènent; et quand les choses en sont à ce point, l'art a bien peu de ressources pour sauver le malade.

Tels sont en général les symptômes que présente cette maladie; on ne les trouve jamais tous réunis, toujours un certain nombre d'entr'eux vient à manquer: l'absence des abcès par congestion est est surtont assez fréquente.

A côté de ces symptômes, il importe de noter quelques particularités qui se présentent, suivant que la maladie réside à la région lombaire, dorsale, ou cervicale; et nous allons les présenter successivement.

Région lombaire. Le mal dans cette région présente à-peu-près les mêmes particularités que dans la région dorsale, et j'en parlerai dans l'article suivant. Je ferai seulement remarquer que les apophyses épineuses étant moins longues et moins obliques qu'à la région dorsale, la saillie angulaire est moins prononcée. Les abcès par congestion, quand ils existent, se montrent aux parties où viennent aboutir les nerfs du plexus lombaire, surtout le nerf crural: aussi, les sentira-t-on d'abord dans l'une ou l'autre fosse iliaque en arrière des muscles abdominaux; puis sortiront-ils par l'arcade externe du

ligament de Fallope, conjointement avec le tendon du psoas et de l'iliaque pour se montrer à la partie supérieure et externe de la cuisse, puis en dedans et en arrière des vaisseaux cruraux qu'ils soulèvent: cela s'entend seulement pour les quatre premières lombaires et la douzième dorsale. Mais si c'est la cinquième lombaire qui est malade, le pus suivra le nerf lombo-sacré jusqu'au plexus sciatique, sortira avec ce plexus de l'échancrure de même nom, pour se montrer à la fesse sous les muscles qui la constituent. (1)

Région dorsale. Dans celle-ci, les apophyses épineuses étant très longues et très obliques, la saillie est plus manifeste. Une douleur constante qui a lieu tantôt au dessous de la région des seins, tantôt à l'épigastre, mais le plus souvent dans l'un et l'autre flanc, que les malades comparent de temps à autre à un coup de fouet et qui se prolonge ensuite d'une manière moins fâcheuse, a ordinairement lieu au début. Bien souvent elle a été le premier symptôme qui a donné l'éveil et qui a conduit à rechercher et à reconnaître des difformités qui jusque là n'étaient pas soupçonnées. Cette douleur est un phénomène des plus constans. En 1809, Delpech et le docteur Sauvages, de Caen, fesant des recherches à Paris, dans l'hôpital de la Charité et à l'Hôtel-Dieu, l'ont rencontrée chez presque tous les malades. Quand la difformité est assez grande, le décubitus a lieu sur le côté. Le sternum et les côtes manquant de soutien se déforment parfois, et cette difformité s'ajoute à la gibbosité : delà, le trouble plus ou moins grand des fonctions respiratoires et circulatoires. Le sujet paraît se rapetisser, ses membres semblent trop longs, ses épaules se portent en arrière pour faire équilibre à l'inclinaison en avant; la tête est renversée sur la nuque afin que la face puisse être dirigée en avant. Dans la progression, les extrémités inférieures se déplacent suivant des lignes plus rapprochées que de coutume, en sorte que le corps est moins ballotté: le tronc n'est pas équilibré par les extrémités supérieures qui lui restent parallèles. A une époque plus avancée, le malade appuye les mains

(1) Bourgeot Saint-Hilaire (*Loc. cit.*)

sur le haut des cuisses, de sorte que les membres supérieurs prêtent un point d'appui au tronc et le soutiennent en avant. Le malade évite tous les mouvemens de flexion du tronc : veut-il ramssser quelque chose, il s'avance jusqu'a l'objet, s'abaisse verticalement sur lui même par la flexion des cuisses et des jambes, le saisit d'une main soit à côté de lui, soit entre ses pieds, tandis que l'autre main reste appuyée sur le genou correspondant. Les abcès par congestion se montrent ici en un point quelconque de la région lombo-dorsale sous l'aponévrose générale de cette région et toujours en dedans de l'angle des côtes; ils s'arrêtent à l'épine postérieure de l'os des îles (1).

Région cervicale. Ici l'incurvation de l'épine est très peu sensible dans les premier temps de la déformation. La briéveté, la rectitude et la profondeur des apophyses épineuses rendent la déviation plus difficile à constater. Mais un signe caractéristique de l'incurvation, pour peu qu'elle ait lieu, c'est le besoin de soutenir la tête de peur que son poids n'augmente l'inflexion; aussi les malades la soutiennent-ils avec les mains placées sous le menton, ou bien la reposent-ils sur des supports étrangers. L'instinct de ce point d'appui contre le danger du déplacement est si grand, que lorsqu'il vient à manquer, les malades y suppléent en écartant fortement la machoire inférieure, qui vient alors s'appuyer contre le sternum et sert ainsi de soutien à la tête. Si la lésion a lieu au niveau ou au dessus des nerfs phréniques, les douleurs sont extrêmement vives, la déglutition difficile, la respiration pressée et tumultueuse; il y a affaiblissement général, anéantissement du mouvement; la paralysie s'élève successivement jusqu'au niveau du siége de la lésion, la voix est alors altérée, la dyspnée va croissante et le malade succombe dans tous les accidens de l'asphyxie. Les choses ne vont pas toujours si lentement, souvent surtout quand la lésion occupe la première ou la seconde vertèbre : à la suite d'un mouvement brusque, le malade périt tout à coup par la compression subite de la moelle. Le pus des abcès par congestion fuse le long d'une branche du plexus cervical, aboutit au plexus

(1) Bourgeot Saint-Hilaire (*Loc. cit.*)

brachial et descend avec lui plus ou moins bas; aussi se montrent-ils sur les côtés du cou, dans l'espace sus-claviculaire, sous l'aisselle, à la partie interne du bras (1).

EXAMEN CADAVÉRIQUE.

Les recherches anatomiques auxquelles on s'est livré, démontrent la présence des tubercules à la surface ou dans l'intérieur du corps des vertèbres et dans les parties molles circonvoisines. Ces tubercules peuvent se montrer aux diverses phases de leur existence; ainsi, on les trouve tantôt à l'état de crudité, tantôt à celui de ramollissement, ou à celui de fonte. Si l'on examine attentivement l'os affecté, si l'on se donne la peine d'enlever la matière tuberculeuse, soit par la macération, soit par tout autre moyen, on trouve que l'os a été détruit sans être altéré dans sa propre substance; on ne voit qu'une usure, qu'une abrasion, comme produite par un instrument mécanique quelconque. L'os présente partout sa densité et sa couleur naturelle; il offre partout, en un mot, les caractères d'un os sain, si ce n'est une perte de substance qui est plus ou moins grande, suivant les progrès de la maladie. Ce ne sont d'abord que de petites cavités creusées dans le corps d'une vertèbre; elles augmentent ensuite avec le temps, et quand la maladie est plus avancée, le corps d'une ou de plusieurs vertèbres se trouve détruit jusqu'à la lame postérieure. L'espace laissé par la substance perdue est effacé par le rapprochement des vertèbres qui se trouvent au dessus et au dessous. Les fibro-cartilages isolés sont quelquefois conservés, d'autres fois altérés, gangrénés, mais jamais complétement détruits. Les corps des vertèbres supérieures et inférieures qui sont en contact sont usés plus ou moins par leur frottement réciproque. Le trousseau ligamenteux antérieur forme une poche plus ou moins étendue, qui renferme le produit de la fonte des tubercules.

(1) Bourgeot Saint-Hilaire (*Loc. cit.*)

Jusqu'ici nous n'avons vu que des désordres, mais voici les moyens que la nature emploie pour y remédier. On trouve très souvent à l'autopsie des productions osseuses, irrégulières stalactiformes, oblongues, d'un tissu compacte et totalement différentes de celui du corps des vertèbres, véritable travail réparateur que la nature emploie pour opérer la consolidation. Ces productions de grandeur variable, quelquefois supérieures de beaucoup aux dimensions du corps de vertèbres qu'elles remplacent, sont la suite de l'inflammation du périoste qui est passé à l'état osséux; elles sont adhérentes d'un corps de vertèbre à l'autre, ou nagent dans le pus, suivant que le malade a gardé un repos plus ou moins complet. On remarque encore des fois les apophyses articulaires ankilosées, les ligamens jaunes ossifiés, des jetées osseuses qui, d'une apophyse transverse ou d'une côte supérieure, se rendent à celle qui est au dessous.

PARALLÈLE ENTRE LE MAL DE POTT ET LES MALADIES QU'ON POURRAIT CONFONDRE AVEC CETTE AFFECTION.

Il est diverses affections qu'on pourrait, de prime-abord, confondre avec la maladie qui nous occupe; elles s'en rapprochent toutes plus ou moins, ou par la déformation du rachis, ou par la présence d'abcès par congestion, ou par la paralysie. Aussi allons-nous, en prenant successivement à part chacun de ces principaux symptômes, les examiner séparément.

DIFFORMITÉ.

Les difformités du rachis peuvent se rapporter à trois formes différentes.

1º Dans l'une, une grande partie de la colonne vertébrale et même sa totalité, participe à des courbures considérables de forme serpentine, ordinairement latérales. Elles dépendent presque toujours d'un état rachitique des vertèbres; mais, dans ce cas, la na-

ture de la courbure, l'absence de la paralysie et des abcès par congestion, et très-souvent la déformation concomitante des autres os font facilement distinguer ces deux affections l'une de l'autre. L'autopsie cadavérique montre aussi des lésions bien différentes : dans le rachitisme, on trouve les os malades formés par un tissu léger, mou, rouge, spongieux, privé de la substance calcaire, et dans lequel on remarque des vaisseaux volumineux qui laissent échapper par la pression un liquide rougeâtre et sanieux; tandis que dans le mal de Pott, hors la présence du tubercule, l'os offre partout les caractères d'un os sain.

2° Dans celle-ci, la concavité de la courbure a lieu en avant, mais elle occupe une grande partie du rachis; elle est toujours graduelle, arrondie et jamais angulaire; elle peut être due à la faiblesse musculaire, au gonflement des fibro-cartilages intervertébraux, ou surtout à une affection rhumatismale du trousseau ligamenteux antérieur de la colonne vertébrale. L'absence de paralysie et d'abcès par congestion, ainsi que la nature de la courbure, feront toujours distinguer ces maladies de celle qui nous occupe.

3° Enfin, la courbure est bornée à une région ordinairement peu étendue du rachis; elle est anguleuse et saillante en arrière : voilà qui caractérise le mal de Pott. Il s'y joint encore le plus souvent, pour confirmer le diagnostic, l'impotence des membres inférieurs et la présence d'abcès par congestion.

ABCÈS PAR CONGESTION.

Deux genres de maladies du rachis peuvent donner lieu aux abcès par congestion : ce sont, la carie du corps de vertèbres et le mal de Pott. Divers auteurs ont même confondu ces deux affections sous la même dénomination et les ont regardées comme identiques; cependant elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre, et par les caractères anatomiques et par les symptômes qu'elles présentent. Dans la carie, l'altération organique consiste dans un changement de couleur et de densité de l'os; son tissu est composé de petites

lamines très minces et très fragiles; le plus léger frottement suffit pour les briser: sa couleur varie du gris le plus clair au brun verdâtre. Si on le soumet à l'analyse chimique, on trouve qu'il a perdu une partie de sa substance organique. Quand aux symptômes, il existe, il est vrai, une ressemblance bien grande, et par la douleur constante sur un point déterminé du rachis, et par la présence d'abcès par congestion; mais il n'y a jamais dans la carie difformité, ni impotence des membres inférieurs. La présence d'abcès par congestion est plus commune et moins tardive que dans le mal de Pott, et la matière qui s'en écoule ne renferme pas de tubercules; c'est un pus assez bien lié qui brunit par le contact de l'air, et exhale une odeur de lard rance. Ainsi, l'absence de difformité et de la paralysie fera, dans tous les cas, toujours distinguer la carie vertébrale du mal de Pott.

PARALYSIE.

La paralysie, dans le mal de Pott, diffère essentiellement de la paralysie ordinaire, occasionnée par une congestion sanguine, un épanchement de même nature, ou toute autre cause exerçant une compression mécanique sur la moelle épinière. En effet, dans la paralysie ordinaire, les muscles sont mous, flasques, non contractiles; le membre paralysé peut être placé dans toutes les positions posibles. Si on l'élève en l'air et qu'on l'abandonne ensuite à lui-même, il tombe et le malade ne peut en arrêter ou en retarder la chute. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, les muscles sont roides et dans un état de demi-contraction, qui fait que les principales articulations acquièrent une certaine roideur qu'il est difficile de surmonter. Quand la jambe, par exemple, est droite, il faut une force assez considérable pour plier les genoux. Lorsque l'articulation a été pliée, la jambe se fléchit promptement et les talons se dirigent vers les fesses: il en est de même pour l'étendre lorsqu'elle a été fléchie. En pinçant le membre surtout à l'endroit ou se trouve un cordon nerveux, il est agité de secousses convul-

sives. On voit par là différence des symptômes que la paralysie n'est point produite par la compression de la moelle épinière, suite de la diminution de volume du canal rachidien, causée par la difformité, opinion que plus d'un praticien conserve encore aujourd'hui; et s'il faut d'autres raisons pour détruire cette opinion il nous suffira de dire que, s'il en était ainsi, il n'y aurait aucune guérison possible, puisque, comme nous l'exposerons plus bas, la courbure une fois existante ne s'efface jamais. Mais si on considère attentivement les symptômes de l'inflammation de la moelle épinière et de ses enveloppes, et qu'on les compare avec les symptômes nerveux du mal de Pott, on trouvera entr'eux une si grande ressemblance, qu'on sera forcé de conclure que la paralysie, dans ce cas, est due à l'inflammation de ces organes. En effet, dans la *méningite rachidienne*, on observe d'abord un sentiment de malaise et de fatigue dans les membres, une douleur dans un point du rachis ordinairement rémittente, des douleurs plus ou moins vives dans les membres, augmentées par la pression, des contractions musculaires plus ou moins prononcées, depuis une légère rigidité musculaire jusqu'à des contractions tétaniques: la sensibilité est souvent exaltée. Dans la myélite, les premiers symptômes qu'on observe sont, un engourdissement des doigts ou des orteils, de la gêne dans les mouvemens, un sentiment de froid désagréable qui remonte des membres vers le tronc, une douleur plus ou moins vive dans un point déterminé du rachis, qui n'est pas exaspérée par les mouvemens; puis une paralysie tantôt ascendante, tantôt descendante avec ou sans altération de la sensibilité. Les escarres du trochanter et du sacrum sont très fréquentes; il y a rétention ou écoulement involontaire des urines et des matières fécales, enfin, un serrement pénible à l'épigastre ou vers les flancs, quand elle occupe un point inférieur de la moelle épinière. En rapprochant les symptômes de ces deux maladies de ceux du mal qui nous occupe, on voit qu'ils sont identiques; en effet, nous trouvons dans ce dernier la douleur plus ou moins vive dans un point du rachis, comme dans la méningite rachidienne et la myélite. Nous trouvons encore le sentiment de malaise

et de fatigue dans les membres, la rigidité musculaire, quelquefois même l'exaltation de la sensibilité comme dans la méningite; l'engourdissement, le froid dans les membres, la gêne des mouvemens, les escarres du sacrum ou du trochanter, les lésions de fonctions du rectum et de la vessie comme dans la myélite; enfin, la remarque du docteur Copeland, qui a vu des courbures siégeant aux lombes ou au dos produire la paralysie des bras, complète entièrement l'analogie, en démontrant la paralysie ascendante ou descendante de la myélite. De ce rapprochement on sera forcé de conclure, que la paralysie dans le mal de Pott est due à une inflammation de la moelle épinière et de ses enveloppes: telle est d'ailleurs l'opinion de MM. Dugès, Janson, Louis, Ollivier d'Angers, etc., etc. L'examen cadavérique vient encore confirmer cette idée. On trouve très souvent, quand la paralysie a existé, la moelle épinière enflammée, ramollie, les méninges couvertes de taches plus ou moins rouges; souvent il y a adhérence entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de l'arachnoïde (1), ce qui démontre évidemment que la paralysie était la suite de l'inflammation de ces organes.

De tout ce qui précède, je suis conduit à penser que le mal de Pott consiste ordinairement dans la coexistence de deux maladies, savoir : l'état tuberculeux du rachis, et l'inflammation de la moelle épinière et de ses méninges. Ceci explique d'ailleurs parfaitement pourquoi, dans certains cas, la paralysie se manifeste quelque temps avant la courbure, pourquoi dans d'autres la courbure est déja bien prononcée sans qu'il se soit encore déclaré d'accidens nerveux, et pourquoi enfin, dans quelques cas, la courbure a existé sans paralysie. En effet, si l'on considère que chez les sujets qui se livrent à la masturbation, le système nerveux est continuellement stimulé par cette funeste habitude; que chez eux la maladie se déclare ordinairement ou vers le bas de la région dorsale ou vers le haut de la région lombaire, précisément à l'endroit où se trouve la portion de la moelle qui fournit des nerfs aux organes génitaux, qu'il

(1) Olier d'Angers. *Traité des fonctions de la moelle épinière et de ses maladies.*

se joint très souvent à la paralysie d'autres symptômes nerveux (éblouissemens, vertiges, ambliopie, palpitations, etc.), on sera forcé d'en induire que l'inflammation des méninges a été la maladie primitive, et que cette inflammation se propageant par continuité au corps des vertèbres, a occasioné consécutivement le ramollissement et la fonte des tubercules et par suite la courbure du rachis. Je dis par continuité, car on sait que la portion osseuse du rachis communique avec les organes médullaires, au moyen de sinus veineux qui vont, de la partie postérieure du corps des vertèbres, se rendre dans les méninges rachidiennes. D'un autre côté, si l'on voit que chez les enfans, surtout chez les individus éminemment lymphatiques, la paralysie ne survient que long-temps après que la difformité était très apparente et même très prononcée, il faut en induire que la fonte tuberculeuse était la maladie primitive et qu'elle a propagé ensuite l'inflammation jusqu'à la moelle et à ses enveloppes. Dans les cas où la difformité a existé sans paralysie, il est facile d'en conclure que l'inflammation est restée circonscrite autour des tubercules en fonte, et ne s'est pas propagée jusqu'au centre nerveux.

Ce n'est pas que j'aie l'intention de dire, par tout ce qui précède, que la paralysie se montre toujours sous cette forme. Il arrive quelquefois, au contraire, que les membres sont flasques et mous, ils peuvent être pliés en tous sens; mais, sous cette forme même, il ne faut pas attribuer ce genre de paralysie à la compression de la moelle due à la courbure, puisque le canal rachidien offre un diamètre de beaucoup plus grand que celui de la moelle épinière : il est la suite de sa desorganisation produite par son inflammation. Dans ces cas, aucun moyen ne peut rendre les mouvemens aux membres paralysés. Quoique la destruction d'un point de l'épaisseur de la moelle occasionne la paralysie, ces effets ne sont pas toujours constans. Il existe quelques faits, peu nombreux à la vérité, mais assez authentiques, qui prouvent que le mouvement et la sensibilité se sont conservés jusqu'à la fin dans les membres, chez des individus dont une partie plus ou moins grande de la moelle épinière avait

été complètement détruite. MM. Abercrombie, Janson , Rulliers Velpeau , Ollivier d'Angers, Wan-de-Kéére en citent des exemple, remarquables, qui prouvent l'indépendance d'action des diverses portions de la moelle épinière.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du mal de Pott est très-facile lorsque la maladie a fait des progrès. En effet, la saillie anguleuse formée par le redressement d'une ou plusieurs apophyses épineuses le fera toujours reconnaître. Il s'y joindra encore, pour rendre le diagnostic plus certain, l'impotence des membres inférieurs, et la présence d'abcès par congestion; mais, dans ce cas, la maladie est assez avancée, tandis que c'est au début surtout qu'il importe de la reconnaître pour porter à temps le remède convenable. C'est alors, quand le diagnostic est très important, que les symptômes sont très équivoques. Cependant, si on voit qu'un enfant assez âgé pour marcher ne le fait pas, ou si l'ayant déjà fait il devient insensiblement fatigué; s'il est languissant, s'il ne marche plus que peu ou lentement, s'il bronche souvent sans obstacle sous ses pas, si pendant la progression ses jambes se croisent involontairement, qu'on examine attentivement le rachis, et pour peu qu'on aperçoive de déviation, qu'on applique le remède convenable.

Si c'est un adulte, la première sensation qu'il a éprouvée est un sentiment de faiblesse dans la colonne vertébrale, accompagnée d'une lassitude qui rend tout exercice fatigant, des fourmillement dans le dos et dans les membres; et si la maladie a lieu à la région dorsale ou à la région lombaire, le malade éprouve une douleur sourde, un serrement à l'épigastre ou dans l'un et l'autre flanc. Que ces premiers symptômes donnent l'éveil au praticien, et pour peu qu'il observe de déviation dans le rachis qu'il agisse energiquement.

Nous avons vu que la courbure dépendait de la destruction du corps des vertèbres par la présence des tubercules, et que ces

derniers attaquant le corps de l'os, l'inflexion avait lieu d'avant en arrière. Mais dans certains cas très rares, il est vrai, les tubercules ont détruit une moitié latérale d'une vertèbre; alors l'incurvation avait lieu sur le côté. En cet état, elle est encore assez reconnaissable, puisqu'elle est toujours bornée à un point circonscrit du rachis et toujours anguleuse.

Il peut enfin arriver que les tubercules, au lieu de se développer dans le corps des vertèbres, se manifestent dans l'intérieur du canal vertébral ou sur la moelle épinière elle-même. Dans ce cas, il n'y aura aucune difformité du rachis, et comme il ne se manifestera que les phénomènes nerveux que nous avons déjà décrits, il sera très difficile, pour ne pas dire presque impossible, de distinguer cette espèce de mal de Pott, de l'inflammation chronique des méninges et de la moelle épinière. Pourtant, si on a affaire à un individu éminemment lymphatique et qui présente le cachet de la diathèse scrophuleuse, il y a forte raison de penser que sa maladie est due à la présence de tubercules dans le canal rachidien; d'ailleurs, dans ce cas, l'erreur ne serait pas préjudiciable, puisque le traitement de l'une et l'autre maladie est à peu près le même.

PRONOSTIC.

Le mal de Pott est toujours une maladie grave, puisqu'elle dépend d'une altération organique du corps des vertèbres; cependant elle l'est moins que la carie vertébrale : et ici, qu'il me soit permis de montrer en passant l'erreur dans laquelle sont tombés ceux u q confondent ces deux maladies. Il est constaté par un grand nombre de faits que le mal de Pott, qu'ils considèrent comme une carie profonde, guérit plus facilement sous l'influence du même traitement que la carie proprement dite, qu'ils appellent *carie superficielle*. Il résulte donc de leur propre raisonnement, qu'une maladie grave qui affecte profondément un tissu, guérit plus facilement qu'une maladie légère de même nature et qui n'affecte que sa superficie, ce qui est insoutenable : tant il est vrai de dire qu'une

erreur est la source de bien d'autres. Ce sont ces faits qui nous démontrent évidemment qu'il y a une différence nécessaire entre ces deux maladies, et cette différence nous l'avons indiquée en signalant la présence du tubercule comme essentielle dans le mal de Pott.

Quoique cette affection soit grave, il est heureux de penser que l'art a en son pouvoir un moyen sûr d'en arrêter les progrés; aussi, pourvu qu'on soit appelé au début et que la nature de la maladie soit reconnue, on peut en espérer la guérison. Mais lorsque la maladie est très-avancée, que le rectum et la vessie sont paralysés, qu'il existe des abcès par congestion, des escarres au trochanter et au sacrum, quelque active que soit la médication, on a très souvent la douleur de voir succomber le malade. La mort a lieu, dans ce cas, tantôt à la suite d'une trop grande suppuration, tantôt par un dévoiement colliquatif, et quelquefois par les progrès de l'affection tuberculeuse, développée dans un organe important; aussi les malades meurent-ils alors du carreau ou de la phthisie pulmonaire

Il faut encore avoir égard, pour porter un bon pronostic, à la force du sujet, à son âge, aux causes qui ont donné lieu à la maladie. Un indivdu faible, déjà épuisé par des maladies antérieures, courra de plus grands risques qu'un individu placé dans des conditions tout opposées. Le danger sera d'autant plus grand que le sujet sera plus avancé en âge; car, plus il sera âgé, moins sera facile le travail de résolution. La maladie produite par la masturbation est aussi plus dangereuse; en effet, il est reconnu qu'elle marche avec plus de rapidité Le pronostic varie encore selon la région du rachis qui est affectée; ainsi, lorsque les vertèbres lombaires ou dorsales sont malades, le danger est moins grand que quand ce sont celles de la région cervicale, surtout si ce sont les deux premières. En effet, le corps de la première étant remplacé par un arc de peu d'épaisseur, la destruction en est promptement opérée. On conçoit qu'il en sera de même si le tubercule se développe dans l'apophyse odontoïde; dans ces cas, le moindre mouvement brusque peut

produire un déplacement subit, et par suite la destruction instantanée de la moelle et delà, la mort sur le champ. Outre ce danger, plus le siége de la maladie est élevé, plus il y a de parties paralysées, et on conçoit que si la paralysie arrive jusqu'au niveau des nerfs qui président à la respiration, la mort est presque inévitable. Mais quelque parfait que soit le traitement, qu'on n'espère pas guérir la difformité. Tout ce que l'art peut faire, c'est d'en arrêter les progrès et de faire cesser l'inflammation qui donne lieu a la paralysie : quand à la déviation du rachis, c'est une incommodité incurable. Quoique la maladie soit très avancée, que le médecin ne perde pourtant pas espoir et n'abandonne pas le malade à son malheureux sort. On a vu plusieurs fois, sous l'influence du traitement, la maladie parvenue au plus haut degré, cesser de faire des progrès, la paralysie du rectum et de la vessie se dissiper peu-à-peu, les ulcères fistuleux, résultant de l'ouverture des abcès, finir par s'oblitérer, après avoir coulé un certain temps, et enfin la guérison avoir lieu.

TRAITEMENT.

Arrêter les progrès du mal et favoriser la résolution des masses tuberculeuses, tel est le but vers lequel doivent tendre les efforts des praticiens, et le traitement que Pott conseille, d'après son expérience et que l'expérience de près d'un siècle n'a pas démentie, est celui qu'on doit mettre en usage. Il consiste à pratiquer une révulsion puissante en établissant un large écoulement de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané, de chaque côté de la partie du rachis affecté. Il a essayé les sétons et les cautères; mais, quand aux premiers, la peau est trop tendue et le tissu cellulaire trop peu abondant dans cette région pour permettre leur application : aussi les cautères donnant une suppuration plus prolongée sont-ils préférables. On doit les appliquer de chaque côté de la courbure du rachis, en laissant intacte la portion de peau qui recouvre les apophyses épineuses des vertèbres. Ils doivent être assez larges

pour que les plaies qui en résultent après la chute des escarres, puissent contenir trois ou quatre pois, dans le but d'entretenir la suppuration. Si elle devient peu abondante, on la ranime par des épispastiques, ou bien on en ouvre d'autres le long du rachis, au-dessus ou au-dessous des anciens qu'on laisse cicatriser. Il faut les conserver, non seulement jusqu'à ce que le malade soit parfaitement rétabli, (quel que soit le temps qu'il faille pour cela), mais on doit les continuer encore long-temps après la disparition de la maladie de peur de récidive. Cette méthode, il est vrai, n'est pas toujours infaillible, surtout lorsque le mal a produit de profonds désordres; mais elle peut l'arrêter lorsqu'elle est employée à temps et avec persévérance: quand on l'emploie dès le début, on est presque certain du succès; il faut même y avoir recours dans les cas les plus désespérés, pour prolonger la vie du malade et aider les ressources de la nature, qui très souvent se montre toute puissante. La seule contre-indication serait une abondante suppuration qui aurait ruiné les forces du malade, et l'aurait jeté dans tous les accidens de la fièvre hectique.

L'idée que les cautères pourraient être utiles dans cette maladie, fut suggérée à Pott par le docteur Cameron, de Worcester, qui ayant lu dans Hippocrate, qu'une paralysie des membres inférieurs avait été guérie par un abcès au dos, imagina d'imiter cette action de la nature, dans un cas du mal qui nous occupe, en produisant au dos une abondante suppuration, et il en retira du succès. Il communiqua son observation à Pott, qui mit en pratique ce moyen dans l'hôpital St Barthélemi, à Londres, sur un grand nombre de sujets affectés de cette maladie, et après avoir obtenu un grand nombre de guérisons, il publia un Mémoire dans lequel il décrit très bien cette maladie, et qui plus est, indique le seul traitement convenable. La plupart des praticiens, jaloux de trouver un remède encore plus puissant que les cautères, leur ont substitué les moxas: ce moyen qui a surtout été préconisé par Desault, peut être bon chez les individus qui ont beaucoup d'enbonpoint, chez lesquels la douleur est profonde et obtuse, et la susceptibilité nerveuse peu

développée ; mais je pense qu'il serait nuisible chez les jeunes enfans et chez les sujets très irritables : car chez eux, il serait à craindre que l'irritation ne se transmit trop facilement au rachis. C'est par cette raison, outre que ce moyen a l'inconvénient d'être douloureux et de renfermer aux yeux du peuple quelque chose de cruel et de barbare, qu'il vaut mieux leur préferer, dans la plupart des cas, les cautères par la potasse caustique ou la poudre de Vienne.

Quoique je recommande spécialement les exutoires, je dois dire qu'on ne doit pas toujours attaquer le mal de prime-abord par ce moyen : en effet, assez souvent il existe une inflammation assez vive autour de la lésion organique, et ils ne feraient qu'aggraver le mal en augmentant cette inflammation. Il importe alors de la dissiper au moyen de tous les anti-phlogistiques locaux, et quand elle sera entièrement tombée, alors on pourra placer les exutoires sans crainte, et au bout d'un temps plus ou moins long, on verra les symptômes s'améliorer et la guérison s'opérer peu-à-peu. Le malade, d'abord, se sent mieux sous tous les rapports, la douleur ou le serrement qu'il éprouvait à l'épigastre ou aux hypocondres diminue ; plus tard, la chaleur et la sensibilité reviennent dans les jambes, et c'est à peu près alors que la faculté de retenir et d'expulser les urines et les matières fécales, revient peu-à-peu ; enfin le mouvement reparaît dans les membres paralysés. Ce sont d'abord des mouvement involontaires et spasmodiques qui reviennent, surtout la nuit, en s'accompagnant de douleurs assez vives dans les muscles qui se contractent ; puis après, les articulation de la cuisse avec la jambe, celle du pied avec la jambe, perdent peu-à-peu leur roideur, le malade peut poser le pied à plat ; alors enfin, dans quelquetemps, il peut se soutenir sur ses jambes, qui finissent par lui servir à la progression.

Ce n'est pas tout que d'attaquer le mal dans son siége ; il ne faut pas perdre de vue qu'il est dû à une affection constitutionnelle, et et que la guérison pourrait n'être qu'éphémère, si l'on n'avait la précaution d'en corroborer les effets par l'administration intérieure

de remèdes propres à combattre la maladie scrophuleuse et à modifier la constitution, en lui donnant le degré de force et de ton qui lui est nécessaire. Ainsi, on prescrira au malade une alimentation nourrissante et tonique, un régime plutôt animal que végétal, de bons bouillons, de viandes rôties, etc., des boissons toniques et excitantes, un vin généreux, diverses eaux minérales. On administrera en même temps les toniques et les amers, tels que le houblon, la gentiane, le quinquina et ses préparations : celles de fer, l'hydrochlorate de baryte, la teinture d'iode seront aussi avantageuses. Mais le remède qui jusqu'à présent me paraît avoir le plus d'efficacité, est celui que le docteur Chrestien emploie avec tant d'avantages contre les maladies syphilitiques et scrophuleuses, savoir, les préparations d'or, oxyde, chlorure, cyanure : j'ai pu en constater les heureux effets sur des sujets éminemment scrophuleux. Par l'usage prolongé de ce médicament, non seulement la résolution des tubercules s'est opérée, mais encore leur constitution s'est modifiée d'une manière heureuse. En employant tous ces moyens, il ne faut pas perdre de vue que souvent les organes voisins de la lésion participent à l'inflammation ; qu'ainsi, quand elle répond à la région dorsale, il n'est pas rare de voir la portion pleurale ou pulmonaire attaquée de pleurésies ou de pneumonies partielles; quand elle est aux lombes, souvent une partie des voies digestives est malade. Dans ces cas, les toniques sont contre-indiqués, ils ne feraient qu'aggraver et étendre l'inflammation, qu'on doit combattre par les moyens appropriés ; et quand on se sera débarrassé de cette complication, alors on les mettra en usage avec succès. Leur emploi continu peut encore surexciter tout le système, produire un état fébrile, irriter les voies digestives, etc.; il faut alors les suspendre et combattre ces accidens pour retourner à ces premiers moyens, quand l'état général le permet. C'est ainsi qu'il arrive souvent alors qu'on passe successivement des toniques aux relâchans et *vice versâ* ; et cette pratique, contradictoire en apparence, n'en est pas moins conforme aux indications les plus évidentes et aux résultats de l'expérience.

Après avoir indiqué les principaux moyens employés pour combattre l'état général de la constitution et l'affection dans le siége qu'elle occupe, voyons un peu si les principaux symptômes caractéristiques, *gibbosité*, *paralysie*, *abcès par congestion*, demandent quelque indication particulière à remplir.

Gibbosité. L'art ne peut rien contre la gibbosité, elle est tout-à-fait incurable. Autant les moyens extensifs peuvent être utiles dans les autres genres de difformité du rachis, autant sont-ils contre-indiqués dans celle qui nous occupe. Si on les emploie avant la résolution des masses tuberculeuses, l'on ne fera qu'aggraver le mal et s'opposer à la guérison en augmentant l'irritation des parties. Si c'est lorsque celle-ci est opérée, l'on ne fait que s'opposer au travail réparateur de la nature, en s'exposant à rompre ces jetées osseuses destinées à remplacer en partie le corps des vertèbres déjà détruit. On s'expose également à l'ankylose et à la soudure des vertèbres : pourtant, on peut tout aussi bien employer les moyens orthopédiques pendant la convalescence, s'ils se bornent à soutenir le poids des parties situées au-dessus de la difformité. Ils peuvent par là empêcher que les produits nouveaux de consolidation ne cèdent au poids du corps ; mais on ne doit les employer qu'avec réserve et beaucoup de circonspection.

Le meilleur moyen, le seul efficace pour arrêter les progrès de la difformité, c'est le repos dans la position horizontale, et je pense que les auteurs n'ont pas assez insisté sur ses avantages. Bien convaincu de son utilité, je ne crains pas d'avancer, que sans lui les cautères n'ont point ou que fort peu d'efficacité. Nous voyons tous les jours dans les fractures condamner le membre brisé à un repos absolu ; dans les tumeurs blanches où les tubercules résident dans les extrémités articulaires, faire de même, de peur d'augmenter l'irritation, et lorsqu'il s'agit, non pas d'un membre, mais d'une partie d'une plus grande importance, puisqn'il est question du tronc, on permettrait au malade le mouvement? On voit que c'est entièrement entraver le travail de la nature. En permettant au malade de se lever, il arrivera que les productions osseuses, qui sont d'abord

d'une structure très délicate, se briseront, que le frottement de leur fragment augmentera l'irritation; on s'opposera aussi à l'ankylose et à la soudure de la partie postérieure des vertèbres. Les deux nouvelles surfaces osseuses dénudées, frotteront l'une contre l'autre, s'useront, suppureront, et la matière des abcès sera plus abondante et la difformité augmentera de jour en jour.

Je puis citer un exemple qui s'est passé sous mes yeux, dans l'hôpital de cette ville, et qui démontre les inconvéniens du mouvement et les avantages du repos. Au nº 23 de la salle St-Eloy, se trouve le nommé L...., qui est atteint du mal de Pott, avec difformité au haut de la région lombaire et avec faiblesse des membres inférieurs. Ce malade se levait tous les jours et se promenait une grande partie de la journée dans les salles; aussi la courbure devenait de plus en plus prononcée: le malade se plaignait de douleurs très pénibles dans les hypocondres, et disait que quand il marchait, il sentait parfois des craquemens dans la région malade, le serrement des hypocondres augmentait aussi. On ordonna au malade de rester continuellement au lit et de n'en plus sortir sous quelque prétexte que ce fut, et sous l'influence de ce repos continu, tous les symptômes se sont non pas amendés, car la maladie était beaucoup trop avancée, mais se sont montrés long-temps stationnaires, et la courbure n'a plus fait de progrès.

Paralysie. Comme la maladie ne réside pas dans les membres paralysés, il est à peu près inutile d'attaquer ce symptôme: c'est en attaquant la lésion organique qu'on la fait cesser. Cependant, si elle résistait aux moyens employés pour cela, on pourrait tenter les divers remèdes préconisés contre la paralysie, tels que les frictions avec un liniment ammoniacal, celui de Rosen, la teinture de kina, celle de cantharides, etc., l'électricité, l'usage intérieur des préparations de noix vomique, *extrait alcoolique*, *strichnine*; ces deux derniers moyens doivent être employés avec beaucoup de précautions.

Abcès par congestion. On est encore partagé sur l'opportunité ou les dangers de l'ouverture de ces abcès. Les uns, parmi lesquels se

trouve Dupuytren, ont conseillé de ne jamais les ouvrir; les autres, parmi lesquels on peut citer Boyer, Delpech, pensent qu'on doit donner un écoulement au pus. Le temps qui me reste ne me permettant pas de discuter la valeur de l'une ou de l'autre méthode, je me contenterai de dire que ce dernier moyen me paraît préférable. Ainsi, si on est appelé lorsqu'un abcès par congestion s'est formé et que les tégumens sont encore sains, on fera, à l'instar de Boyer, une ponction oblique avec un bistouri à lame mince dans le point le plus déclive de la tumeur. Après avoir évacué le pus, on fermera l'ouverture avec un morceau de taffetas gommé ou de diachilum, jusqu'à ce qu'une nouvelle collection, s'étant de nouveau formée, nécessite une nouvelle ouverture. Ces ponctions étant faites sur des tégumens sains, les piqûres se réunissent immédiatement et l'air ne peut s'introduire par la plaie. Si les tégumens étaient déjà altérés, amincis, lorsque le praticien est appelé, il devrait agir d'une autre manière; car il serait à craindre que la réunion ne se fit pas. Il faut alors, à l'exemple de M. Larrey, ouvrir la tumeur avec un trois-quarts rougi au feu, et on recouvre ensuite l'ouverture comme dans le cas précédent.

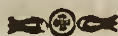
L'expérience a confirmé l'excellence de ces deux méthodes. Malgré leurs avantages, si l'apparition des abcès est trop fréquente, ou bien une ouverture ne se réunit point, ou bien les tégumens finissent par se gangrener, et il ne reste plus dans ce cas, de même que lorsqu'on les a abandonnés aux seuls efforts de la nature et qu'ils se sont ouverts spontanément, qu'à soutenir les forces du malade par un régime tonique sans l'exciter. Ce moyen a pour effet de ralentir la marche de la maladie et de retarder le terme fatal. Il arrive pourtant des fois, mais par malheur trop rarement, que sous l'influence de la médication, la suppuration tarit insensiblement, l'ouverture se resserre, finit par s'oblitérer et le malade reprend peu à peu la santé.

Tel est MM. les Professeurs le travail que j'ai l'honneur de vous présenter pour mon dernier tribut Académique. J'eusse voulu vous l'offrir plus complet; je comptais dans le mois qui reste encore, ré-

parer bien d'omissions, combler bien de lacunes ; mais le temps ne me le permet pas. Un fléau ravage mon pays, il me tarde, dans cette occasion, de retourner dans le sein de ma famille, au milieu de mes concitoyens, et je pense que ce motif vous fera excuser la précipitation que vous ne manquerez pas d'y remarquer.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.



Professeurs.

MESSIEURS :

DUBRUEIL, DOYEN.
BROUSSONNET.
LORDAT, PRÉSIDENT.
DELILE,
LALLEMAND.
CAIZERGUES.
DUPORTAL, *suppléant.*

MESSIEURS :

DUGÉS, *examinateur.*
DELMAS,
GOLFIN.
RIBES.
RECH.
SERRE, *examinateur.*
J.-E. BERARD, *examinateur.*
RÉNÉ,

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS :

VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN, *suppléant.*
BROUSSONNET fils.
DUPAU.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ, *examinateur.*

MESSIEURS :

FUSTER.
BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE
POURCHÉ,
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *examinateur.*
ESTOR.